



**EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA MUJERES**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:

**A. Todas las mujeres deben completar esta sección**

1. ¿Tiene usted una dieta especial? .....  Sí  No [427.2]  
Si contesta sí, ¿cuál de las siguientes dietas especiales sigue usted? (Seleccione todas las que correspondan)  
 Vegetariana  Vegana  Baja en calorías/bajar de peso  Macrobiótica  Alergia o intolerancia a alimentos  
 Baja en grasa  Baja en carbohidratos  Otra: \_\_\_\_\_  
Si contesta sí, ¿se relaciona esta dieta especial con un padecimiento médico? .....  Sí  No [341-362]

2. Algunas mujeres tienen antojos por objetos no comestibles. ¿Cuáles de los siguientes objetos no comestibles come usted? (Seleccione todos los que correspondan) [427.3]  
 Cenizas  Tiza  Grandes cantidades de hielo y/o escarcha  
 Bicarbonato  Cigarrillos  Astillas de pintura  
 Cerillos usados  Arcilla  Tierra  Otro: \_\_\_\_\_  
 Fibras de alfombra  Polvo  Almidón (de ropa o almidón de maíz)  Ninguno

3. En un día normal, ¿cuántas veces come fruta? .....  5 o más  4  3  2  1  Ninguna

4. En un día normal, ¿cuántas veces come verduras? .....  5 o más  4  3  2  1  Ninguna

5. ¿Toma leche? .....  Sí  No  
Si contesta sí, en un día normal, ¿cuánta leche toma? .....  4 vasos o más  3 vasos  2 vasos  1 vaso o menos  
¿Qué tipo de leche toma usted? (Seleccione todas las que correspondan)  
 Leche de vaca  Cabra  Arroz o Almendra  Soya  Sin lactosa  Otra: \_\_\_\_\_  
¿Qué clase de leche toma usted? (Seleccione todas las que correspondan)  
 Leche descremada (sin grasa)  Baja en grasa (1%)  Grasa reducida (2%)  Entera

6. En un día normal, ¿cuántas veces toma agua? .....  4 o más  3  2  1  Ninguna  
En un día normal, ¿cuántas veces toma refrescos deportivos o de frutas,  
refrescos regulares y/o agua con Kool-Aid o azúcar agregada? .....  4 o más  3  2  1  Ninguna  
En un día normal, ¿cuántas veces toma refresco de dieta y/o café o té? .....  4 o más  3  2  1  Ninguna

7. ¿Qué clase de actividades físicas realiza la mayoría de los días? (Seleccione todas las que correspondan)  
 Ninguna  Correr  Limpieza/labores del hogar  Montar en bicicleta  Jugar con mis hijos  
 Caminar  Nadar  Jardinería  Gimnasio  Otra: \_\_\_\_\_

8. En un día normal, ¿cuántos minutos pasa haciendo estas actividades sudando o respirando fuerte?  
 Menos de 15 minutos  30 minutos  60 minutos (1 hora)  
 15 minutos  45 minutos  90 minutos (1 ½ horas) o más  No corresponde

9. ¿Ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses? .....  Sí  No [381]  
Si contesta sí, ¿mencionó el dentista algún problema dental? .....  Sí  No  
Si contesta sí, describa los problemas: \_\_\_\_\_  
¿Tiene caries dentales, dientes rotos, encías que sangran,  
le faltan dientes y/o tiene dientes desalineados que hacen difícil masticar? .....  Sí  No  
¿Evita ciertos alimentos que de otra manera comería  
o escoge alimentos más suaves por problemas al masticar? .....  Sí  No

**B. Todas las mujeres embarazadas deben completar esta sección.**

10. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come usted? (Seleccione todas las que correspondan) [427.5]  
 Jugos frescos de frutas o verduras  
 Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)  
 Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso Blanco, Queso Fresco  
 Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o medio hechos  
 Brotes crudos (alfalfa, meliloto, frijoles, rábano)  
 Salchichas, cortes de carnes frías sin cocinar  
 Nada de lo anterior

Su CPA/nutricionista comentará su manera de comer y hábitos de actividad y le hará más preguntas.